TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Les signes oculaires unilatéraux du goitre exophtalmique.

Par le Dr J. Terson (de Toulouse).

Le tableau *complet* de la maladie de Graves-Basedow est si saisissant, il est d'ailleurs si connu, qu'il semble presque impossible, même sans grande expérience clinique, de commettre une erreur de diagnostic en présence d'un sujet atteint de cette affection,

Une exophtalmie *bilatérale*, unie à la rétraction du releveur des paupières supérieures, laissant apercevoir une partie de la sclérotique au-dessus du diamètre vertical de la cornée (signe de Stellwag), donnant au regard une expression de colère ou d'insolence (Potain), ou un aspect de terreur, caractérisent suffisamment la maladie pour qu'elle ne puisse être confondue avec aucune autre. Et lorsqu'à cette constatation sommaire vient s'ajouter le défaut de concordance entre le mouvement d'abaissement des yeux et celui des paupières supérieures, qui restent en quelque sorte en route quand le malade dirige son regard en bas (signe de Graefe), il est presque superflu de rechercher les autres signes cardinaux du syndrome : *la tachycardie*, qui ne manque presque jamais accompagnée de battements plus ou moins violents des carotides et des jugulaires ; *l'hypertrophie thyroïdienne* qui peut faire défaut (surtout chez l'homme) ; un *tremblement spécial* qui, à lui seul (Charcot, Marie) peut éveiller l'attention sur l'existence de cette étrange névrose, assez heureusement désignée aussi sous le nom d'*ataxie cardio-vasculaire* (Féréol).

Les antécédents héréditaires et les circonstances ambiantes de la vie du malade, un nervosisme extrême, des emportements sans motifs, quelquefois un état psychique plus fâcheux encore, viennent se surajouter sans aucune utilité pour le diagnostic, déjà bien établi par les nombreux signes indiqués plus haut.

Mais si la plupart des auteurs ont justement insisté sur le fait que dans la maladie de Basedow l'exophtalmie est *bilatérale*, par opposition à celle qui, symptomatique de lésions purement locales de l'orbite, reste le plus souvent *unilatérale*, cette appréciation nous paraît supporter de plus nombreuses exceptions qu'on ne le croit généralement (1) ; et c'est sur les faits de ce genre, signalés depuis longtemps par divers ophtalmologistes, que nous désirons fixer un instant l'attention. Il n'est pas très rare en effet d'observer chez des sujets manifestement basedowiens une exophtalmie unilatérale, soit comme prodrome d'un goitre exophtalmique qui se développera peu à peu jusqu'à devenir complet, soit comme seul signe oculaire définitif au cours d'une forme du syndrome destinée à demeurer plus ou moins fruste.

Or, de tels cas, qu'on est surpris de ne pas trouver même mentionnés dans des éditions récentes de traités de pathologie interne très connus (Dieulafoy, *Path. Int.*, 13e édit., 1901), peuvent provoquer une confusion dangereuse en laissant croire d'emblée à une néoplasie ou à toute autre lésion orbitaire comme cause de l'exophtalmie et fausser tout au moins la thérapeutique ; tandis qu'une telle erreur ne saurait difficilement se produire si, prévenu de la possibilité d'une exophtalmie *unilatérale* dans la maladie qui nous occupe, on cherche, *avant toute autre hypothèse*, à rattacher l'exophtalmie à quelque autre signe certain du syndrome, la trachycardie par exemple, beaucoup plus constante que l'hypertrophie thyroïdienne. Il existe pourtant des cas où l'exophtalmie unilatérale exige une étude très serrée des diverses particularités présentées par le sujet et une observation quelque peu prolongée, pour différencier l'exophtalmie dépendant d'une cause orbitaire de celle d'un goître à forme fruste.

(1) Grasset dit à cet égard : L'exophtalmie est *à peu près toujours double* : on l'a trouvée unilatérale dans quelques cas tout à fait exceptionnels, *dont le diagnostic peut même être contesté* (Mal du sys. nerv.).

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✲ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

Nous avons recueilli tout récemment, mon père et moi, dans le cours de la même semaine, deux observations qui confirment l'exactitude des considérations précédentes : nous les rapporterons ici avec d'autres plus anciennes ; elles comportent, en outre, quelques commentaires utiles pour le diagnostic étiologique des exophtalmies unilatérales.

Obs. I. — Mlle L..., âgée de 60 ans, habitant Toulouse, se présente à notre consultation, le 24 décembre dernier, se plaignant d'éprouver depuis quelques mois, à l'œil droit, une sensation de gêne et de pesanteur. La vision est excellente, comme celle de l'autre œil absolument sain.

L'œil droit est démesurément ouvert ; la paupière supérieure est si relevée qu'on aperçoit un millimètre de sclérotique au-dessus de la cornée, ce qui donne à la physionomie un aspect assez bizarre, en raison du contraste que présentent les deux yeux, la paupière supérieure de l'œil gauche étant assez tombante, comme cela a lieu chez les sujets d'un certain âge, un peu amaigris..

Le signe de Stellwag existe donc à l'œil droit seul. Si la malade regarde en bas, la paupière de l'œil gauche s'abaisse en même temps que les deux globes oculaires ; mais celle de l'œil droit demeure presque immobile. Le signe de Graefe se manifeste donc aussi à l'œil droit seulement. Il existe une légère proéminence du même œil, mais assez peu accusée, et, sans les signes précédents, elle pourrait passer inaperçue.

Pour être fixé d'un seul coup sur la nature de l'affection oculaire, nous examinons le pouls et nous trouvons une tachycardie des plus prononcées (150 pulsations) ; cette recherche plusieurs fois renouvelée nous a donné la certitude que l'accélération du pouls est habituelle, quoique un peu variable, chez notre malade.

Le diagnostic se trouve donc établi par la concordance des signes oculaires et de la tachycardie, si caractéristique et si constante que, d'après certains observateurs, elle constituerait l'essence même de la maladie.

Ajoutons, pour compléter cette observation, que l'examen de la région antérieure du cou montre à peine une légère augmentation de volume du lobe droit du corps thyroïde.

Il y a un peu d'œdème aux membres inférieurs ; mais l'urine ne contient pas d'albumine et la malade nous apprend qu'elle est en traitement depuis plus d'une année pour une anémie très prononcée. Elle éprouve à la plus légère émotion une agitation intérieure et un *tremblement*, surtout sensible aux membres supérieurs.

Elle a toujours été très nerveuse ; toutefois c'est seulement à la suite de très pénibles soucis de famille que son état actuel s'est ainsi développé.

Nous l'engageons à revoir son médecin ordinaire à qui nous faisons part de nos observations au point de vue oculaire.

Peut-il y avoir doute un seul instant, dans le cas actuel, sur l'existence du syndrome basedowien, un peu fruste, il est vrai, ou encore incomplet ; et quoique l'exophtalmie soit unilatérale, « le diagnostic peut-il être contesté » comme Grasset (1) est porté à le croire en pareille circonstance ?

Pour nous, le diagnostic est aussi certain que si l'exophtalmie eût été double et très accentuée.. Nous ignorons, d'ailleurs, pourquoi elle est restée unilatérale.

L'observation suivante paraît au premier abord plus complexe et un peu plus contestable.

Obs. II. — Le 2 janvier dernier, Mme M.., âgée de 33 ans, habitant Toulouse, vient nous consulter pour une exophtalmie de l'œil *gauche*, dont elle est atteinte depuis près de deux ans, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation sans cause bien appréciable. Elle n'a jamais rien ressenti à l'œil droit. La malade attribue le début de ces accidents au violent chagrin qu'elle a éprouvé pendant une grave maladie de son mari. Elle est bien réglée et a eu deux grossesses régulières.

Nous constatons avec l'exophtalmie la rétraction du releveur de la paupière supérieure. Le signe de Graefe apparaît aussi nettement dès qu'on engage la malade à regarder en bas,

L'exophtalmie *unilatérale* est ici notablement plus accentuée que dans le cas précédent et la malade présente un signe oculaire de plus : elle voit double, et cette diplopie l'incommode surtout quand elle descend les marches d'un escalier, c'est-à-dire quand elle

(1) Grasset. — *Loc. cit.*

regarde en bas. Nous reconnaissons, par l'étude des doubles images, que la diplopie est *homonyme* ; que l'image fournie par l'œil gauche exophtalme est plus basse que celle fournie par l'œil droit, et que les deux images tendent à s'écarter de plus en plus dans la partie inférieure du champ de regard. Ces signes sont ceux de la paralysie du grand oblique (IV[e] paire).

Bien que le nombre de pulsations soit un peu supérieure à la normale (86) et que les signes oculaires de Stellwag et de Graefe soient unis à l'exophtalmie, nous hésitons à poser immédiatement le diagnostic ferme de goitre exophtalmique parce que cette faible tachycardie coexiste avec une hypertrophie thyroïdienne des plus modérées. Notre hésitation est en outre justifiée par cette considération que, si l'on rencontre souvent dans le syndrome de Graves-Basedow des paralysies de la convergence (Mœbius), et même la paralysie complète de tous les muscles extrinsèques de l'œil (ophtalmoplégie externe, Ballet), une paralysie isolée de la IV[e] paire n'a été, à notre connaissance, nettement signalée qu'une fois.

Mais, à une nouvelle visite, le pouls a donné 102 pulsations et, en raison de la persistance des troubles oculaires déjà observés, nous avons cru devoir définitivement admettre le diagnostic de goitre exophtalmique *à signes unilatéraux*.

A la suite de ces deux cas, je rapporterai un fait non moins intéréressant observé par mon père :

Obs. III. — Il s'agit d'un officier d'artillerie, âgé de 48 ans, mis à la retraite pour des palpitations de cœur, attribuées à une cause organique, qui l'empêchaient de monter à cheval. Ce malade, dont le pouls donnait de 110 à 120 pulsations, fut peu à peu atteint d'exophtalmie *à l'œil droit seulement*, avec contracture de la paupière supérieure ; ce qui permit, malgré l'absence du goitre, de modifier le diagnostic et le traitement, et d'atténuer le pronostic

Ce malade fit de l'hydrothérapie à outrance, vécut encore une douzaine d'années et fut emporté en une semaine par une pneumonie infectieuse, sans que sa névrose cardio-vasculaire se fût très sensiblement aggravée.

Divers auteurs ont signalé des faits du même genre, où la tachycardie avait mis sur la voie du diagnostic et empêché une méprise (1). D'autres (Mooren, Mauthner, de Wecker) ont cité des cas où *seul* le signe de Graefe justifiait le diagnostic. Mon père a vu une malade qui, pendant toute la durée de deux grossesses successives, présenta un spasme très accentué et constant du releveur de la paupière supérieure *d'un seul œil* avec accélération du pouls, sans exophtalmie véritable, et qui était fort contrariée de se voir ainsi défigurée ; mais chaque fois ce signe oculaire disparut après l'accouchement. Ce cas serait à rapprocher, pour la pathogénie, de ceux auxquels on a attattribué une origine génitale (dystrophie ovarienne) (2).

Avant de passer au diagnostic différentiel de l'exophtalmie unilatérale, nous croyons devoir poser en principe, avec Jaccoud et la plupart des auteurs, que le signe de Graefe *ne se rencontre dans aucune autre affection que le goitre exophtalmique* ; de même le signe de Stellwag y manque si rarement que la réunion de ces deux signes revêt un caractère pathognomonique ; et comme il s'offre nécessairement à l'observateur dès que le malade se trouve en face de lui, il suffit de savoir qu'ils peuvent être unilatéraux pour que le diagnostic du syndrome devienne, dans l'immense majorité des cas, d'une extrême simplicité.

Ceci bien établi, passant en revue les diverses affections de l'orbite accompagnées d'exophtalmie unilatérale dans lesquelles les signes exposés plus haut manquent absolument, nous trouvons :

1° Les ostéo-périostites qui, même très chroniques, donnent lieu à un empâtement du rebord de l'orbite et à une exophtalmie avec déviation de l'œil en sens inverse du point lésé de l'orbite ;

2° L'infiltration séreuse de la capsule de Ténon, où l'exophtalmie, si elle est unilatérale, est aussi toujours directe, modérée, et s'ac-

(1) Praël, sur 9 cas de goitres exophtalmiques, a vu plusieurs fois l'exophtalmie *unilatérale*, mais alors *toujours à droite* (Ophtalmic Hospital Reports, 1860).

Baylac. — Obs. avec exopht. *unilatérale droite* (Soc. méd., Toulouse, 1895).

Armaignac. — Jeune fille, exophtalmie *à gauche* avec tachycardie. — Pas de signe de Graefe (Soc méd., Bordeaux, 1898).

(2) Dalché. — Soc méd. des Hôp., janvier 1902.

compagne d'un certain degré de *chémosis séreux* de la conjonctive bulbaire ;

3° La thrombo-phlébite orbitaire *unilatérale*, où il s'agit d'un état aigu avec phénomènes généraux infectieux graves et protusion de l'œil, ressemblant à une ténonite qui serait devenue phlegmoneuse ;

4° Les kystes séreux et dermoïdes intra-orbitaires, dont le volume restreint ne provoque guère une véritable exophtalmie ;

5° Les kystes hydatiques qui, au contraire, peuvent acquérir un développement suffisant pour provoquer une exophtalmie très prononcée et dans lesquels une ponction exploratrice aseptique peut être indispensable pour établir un diagnostic précis (1) ;

6° Les néoplasmes solides qui, à leur début, peuvent être assez profondément situés pour que l'exploration par le toucher soit très difficile sinon impossible ;

7° Les tumeurs vasculaires, qui remontent souvent à la naissance (*angiomes*) ou présentent des pulsations isochrones à celle du pouls *exosphtalmos pulsatile*), ou qui ont pour caractère essentiel de provoquer alternativement le retrait et la saillie exagérés du globe oculaire, constituant ainsi cette affection orbitaire si étrange et si rare dont nous avons fait le sujet de notre thèse (2), et à laquelle A. Terson (Maladies de l'œil, *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, t. V, p. 210) avait déjà donné le nom d'*enophtalmie et d'exophtalmie alternantes* (3) ;

8° Certains cas de paralysie incomplète *unilatérale* de la III^e^ paire, donnant l'apparence d'une légère exophtalmie et d'un demi-ptosis de la paupière supérieure du côté paralysé, à l'état de repos : mais entraînant sur l'autre œil une contraction exagérée du releveur de la paupière supérieure simulant le signe de Stellwag, lorsque le malade fait un grand effort pour ouvrir le plus largement possible l'œil dont la paupière supérieure est en partie paralysée. Nous avons vu récemment un cas de ce genre où manquait absolument le signe de Graefe.

Mais, encore une fois, s'il existe avec une exophtalmie unilatérale, soit le spasme du releveur de la paupière supérieure, soit le signe de Graefe, le syndrome de Graves-Basedow, fruste ou encore incomplet, doit tout d'abord venir à la pensée du clinicien.

Il semble inutile d'insister sur la grande utilité d'un diagnostic précoce au point de vue de la direction à donner au traitement et des résultats qu'on peut en espérer, bien aléatoires si la maladie a déjà parcouru ses principales phases et touche à la période cachectique.

Notons en terminant les effets remarquables récemment obtenus par l'emploi prolongé, mais avec interruptions, du salicylate de soude, à la dose 3 à 4 grammes par jour (1). Il serait heureux que les résultats de cette médication, préconisée d'abord, croyons-nous, par Chibret fussent confirmés : car les autres moyens médicaux employés jusqu'à ce jour ont été plutôt palliatifs que curatifs, et les diverses interventions opératoires semblent de plus en plus à restreindre, en raison de leur succès discutable et des fâcheuses surprises qu'elles ont procurées.

(1) Terson père. — Obs. d'un kyste hydatique de l'orbite, *Annales d'oculistique*, 1893 et 1895.

(2) J. Terson. Thèse de Paris, 1897.

(3) Reproduisons à titre de vraie curiosité l'observation suivante absolument ignorée que mon frère a retrouvée dans la *Pathologie de chirurgie* de J. B., Verduc t. II, p. 649, Paris, 1693, et qu'il a consignée dans ses « Etudes sur l'histoire de la chirurgie oculaire, Paris, 1899 ».

« J'ai vu, dit Verduc, une autre chute de l'œil où l'œil descendait *de temps en temps* jusqu'au milieu de la joue. Celui qui était incommodé de cette fâcheuse maladie était un jeune peintre qui vint un jour à l'Assemblée de feu M. l'abbé de la Roque (auteur du *Journal des Sçavans*) pour consulter les médecins qui avaient coutume de se trouver à ses Conférences. Tous ceux qui se trouvèrent présens furent étrangement surpris de voir une chose si extraordinaire, car en moins d'une heure l'œil descendit et rentra dans l'orbite plus de six fois. L'on ne trouvera peut-être jamais rien de semblable dans toutes les observations de médecine et de chirurgie ».

II

Atrophie des nerfs optiques d'origine saturnine chez un ouvrier électricien travaillant à la fabrication des accumulateurs.

Par le D^r^ Guibert (de la Roche-sur-Yon).

Présenté à l'Académie de Médecine le 17 *février*, par le D^r^ Javal.

Le professeur Debove, dans une clinique parue récemment dans la *Semaine Médicale*, at-

(1) Babinski. — Soc. de neurol., Paris, 1901.

tire l'attention sur l'insalubrité des ateliers où l'on fabrique les accumulateurs, et les cas d'intoxication saturnine aiguë qu'il cite après Talamon et les auteurs allemands et suisses sont déjà nombreux. La description qu'il donne du mode de préparation des accumulateurs répondant de tout point à celle des ateliers où a travaillé mon malade, je crois inutile de le rééditer. Qu'il me suffise de dire, en deux mots, que le travail de perforation des plaques de plomb, la préparation de la pâte destinée à l'empastillage, la soudure des éléments, se font dans le même local, saturé par conséquent de poussières plombiques.

D'ailleurs, mon malade, bien qu'habitant actuellement la Vendée, a travaillé dans les fabriques de Paris et a été soigné à la Charité pour des coliques de plomb ; sur six ouvriers employés à la même usine, les six ont été malades.

Agé de 29 ans, il a travaillé d'abord dans une première usine en janvier-juin 1900 ; pendant 2 mois, juillet-août, il est occupé par une seconde compagnie ; enfin de septembre 1900 à février 1901, il reste aux ateliers d'une troisième fabrique, où il s'occupait de la soudure des plaques de plomb.

En janvier 1901, un an après ses débuts comme ouvrier électricien, il entre pour la première fois à l'hôpital de la Charité, salle Louis, pour coliques de plomb ; il n'y reste que douze jours, et retourne à son travail. Sa vue est alors intacte. Mais dès le 1er mars, il est obligé de retourner à la Charité d'où il ne sort que le 26 avril. Le traitement qu'il a suivi chaque fois a consisté à prendre de l'iodure de potassium et des bains sulfureux, mais si la vision était bonne en entrant, il n'en n'est plus de même à la sortie de l'Hôpital. Le malade aurait eu une brusque atteinte de cécité, qui aurait duré six semaines. Puis, la vision revint et il aurait existé de la diplopie ; quittant la Charité il va consulter à l'Hôtel-Dieu, à la clinique ophtalmologique, où l'on aurait porté le diagnostic d'atrophie optique avec *hémorrhagies* ???. Enfin, depuis six mois, il est resté à l'hôpital de Luçon (Vendée), et depuis quinze jours est entré à l'hôpital de la Roche-sur-Yon.

Ajoutons qu'en 1894, alors qu'il était infirmier militaire et âgé de 23 ans, il aurait eu un chancre syphilitique ; il se soigne lui-même en prenant 70 pilules de protoïodure et de l'iodure de potassium pendant quelque temps ; il n'eut pas de chute de cheveux, ni de syphilides cutanées ; mais simplement quelques plaques muqueuses de la bouche ; il n'a jamais consulté à ce sujet aucun médecin, et nous devons nous en rapporter à son diagnostic. Voilà pour le passé.

Aucun antécédent de cécité dans la famille ; la névrite héréditaire doit donc être soigneusement écartée.

Actuellement, grand, maigre, de teint bistré, terreux, il n'a plus de liseré gingival, et la légère bordure inflammatoire qui existe est causée par le tartre ; le réflexe rotulien est exagéré, il n'existe pas de signe de Romberg et, au lieu d'anesthésie, la peau est le siège d'une véritable hyperesthésie ; le réflexe pharyngé est conservé ; les urines sont normales ; et pendant deux jours, il a encore eu, tout récemment, quelques coliques ; il s'agit donc bien d'un saturnin chronique marqué d'une forte empreinte cachectique.

Le regard, vague, frappe d'abord par un strabisme externe alternant, plus fréquent cependant du côté droit ; le malade déclare spontanément qu'il ne voit rien en face que c'est sur le côté qu'il distingue mieux. La pupille réagit à la lumière et à l'accommodation ; toutefois, à l'éclairage oblique, si elle se contracte instantanément, c'est pour se dilater aussitôt et davantage qu'avant l'examen.

L'acuité visuelle, difficile à chiffrer, donne environ : O D = 1/160 ; O G = 1/200 ; le champ visuel est rétréci d'une façon à peu près concentrique qui ne rappelle cependant pas le champ visuel des hystériques. Le vert et le bleu ne sont plus du tout distingués, mais paraissent gris ou presque noir. Le jaune et le rouge seuls persistent, surtout le jaune, et le maximum de perception a lieu à la périphérie, car au centre les couleurs deviennent sombres, dit le malade qui a de la peine à les distinguer, gêné évidemment par la persistance d'un scotome central.

Sans avoir examiné le fond de l'œil, on peut donc déjà conclure que la forme de névrite a dû être au début une névrite ayant porté spécialement sur le faisceau maculaire et gagné lentement le reste du nerf comme c'est le cas dans la névrite rétro-bulbaire.

C'est ce que confirme l'examen ophtalmoscopique, le segment temporal de la papille (à l'image droite) est atrophié, blanc, nacré, le

reste du nerf optique est encore un peu rosé, les veines sont intactes, les artères à peine rétrécies, les bords de la papille ne présentent pas les traces de l'inflammation d'une papillite ancienne. Le malade n'a donc pas été atteint d'une névrite infectieuse comme on en voit dans la période secondaire de la syphilis pas plus que d'une atrophie tabétique. D'ailleurs, l'absence des signes d'Argyll Robertson de Romberg, de Westphall, ne permet pas cette hypothèse, pas plus que l'atrophie manifeste ne permet de songer à la simple amblyopie hystérique ; le malade ne fume pas, et s'il eût été alcoolique, son séjour ininterrompu de huit mois à l'hôpital l'eût suffisamment sevré pour l'améliorer ; or, c'est le contraire qui s'est produit ; le diagnostic différentiel d'avec l'atrophie syphilitique est plus délicat, je l'avoue, mais le faisceau maculaire touché d'emblée, le scotome central persistant, ne permettent pas, je crois, d'hésiter, d'autant que nous devons nous en rapporter uniquement à son diagnostic d'infirmier militaire en ce qui concerne le chancre et les plaques muqueuses.

Quel avenir est réservé à ce malade ? Le traitement auquel il est soumis : injections sous-cutanées de pilocarpine, de strychnine, et intramusculaires de cyanure de mercure, les courants continus n'auront pas raison, je crois, de l'atrophie existante ; même en le maintenant dans sa situation actuelle, il aura peine à se conduire, et à plus forte raison ne pourra-t-il pas gagner sa vie. L'un des malades du professeur Debove était atteint d'accidents paralytiques qui menaçaient de persister ; le mien est presque aveugle. Il n'est pas nécessaire d'attendre que cette nouvelle industrie ait fait des milliers de victimes pour prendre les mesures nécessaires les plus vigoureuses afin d'empêcher semblables accidents de se reproduire. Il appartient aux pouvoirs publics d'édicter les conditions dans lesquelles les usines où se fabriquent les accumulateurs pourront fonctionner, car l'intoxication atteint tout le personnel et se produit avec une rapidité pour ainsi dire foudroyante.

L'Académie de médecine, mieux que toute autre société, saura faire entendre sa voix.

III

Extraction de cataracte suivie d'érysipèle du nez et de la face.

Dr O. Neustatter, de Munich.

Le cas dont la description suit est intéressant à plusieurs chefs, et au point de vue clinique surtout.

Il s'agit d'une personne de 61 ans, qui depuis de nombreuses années gardait le lit ; affligée d'une arthrite déformante grave ; la tête et les doigts seuls pouvaient encore se mouvoir. Les jambes étaient fortement fléchies sur les genoux et l'articulation coxo-fémorale, les bras étroitement appliqués au corps, les coudes pliés, les doigts épaissis aux articulations et écartés les uns des autres, en un mot, situation lamentablement triste. Je fus appelé auprès de cette malade il y a un an et demi, pour la première fois. L'acuité visuelle de l'œil droit baissait alors, début de cataracte. Sur l'œil gauche, cataracte presque mûre. De forts verres purent encore rendre service jusqu'à il y a trois mois, où les grosses inscriptions elles-mêmes n'étaient plus lisibles, enlevant ainsi à la malade son dernier plaisir : la lecture. Sur ces entrefaites apparut un catarrhe purulent, épais, de la conjonctive, auquel s'ajoutait un ptosis, causé sans doute par la difficulté de lever la paupière sur une conjonctive visqueuse au bout de 6 semaines de traitement par le zinc, la conjonctivite s'améliorait et le ptosis diminuait. Il y a 6 mois, la conjonctivite ayant augmenté, je fus rappelé. Le traitement étant difficilement exécuté chez la malade, je réussis seulement à la clinique à obtenir un arrêt relatif de la sécrétion. A la première tentative, le canal nasal se montrait perméable (sans appliquer, suivant ma méthode, la canule sur le point lacrymal), je me croyais donc autorisé à tenter l'extraction.

A cause d'un reste de sécrétion, je rejetais mon incision au dehors ; de la sorte, la sécrétion ne pouvait plus pénétrer aussi facilement dans la plaie, ce qui aurait été possible avec une incision transversale. Quelques difficultés survinrent aussi, de ce fait que la malade ne pouvait se coucher du côté droit. Elle dut être opérée à demi-assise, position qui fut obtenue à l'aide de coussins placés sous les pieds.

Incision sclérale avec la lance de Weber,

discision, le cristallin ne sortant pas par suite de l'étroitesse de la plaie, on agrandit la plaie avec un couteau arrondi. L'extraction se fait alors facilement ; seul, le sphincter de l'iris est légèrement blessé aussi, et cela malgré instillation préalable d'atropine. Pas d'iridectomie. L'iris relâché ayant fait deux fois hernie, on n'instille pas d'atropine après l'avoir réduit. La malade compte les doigts, et dit elle-même qu'elle voit ma figure. Grillage de Füchs, et sous lui une petite goutte de sublimé. Le lendemain, la chambre antérieure n'est pas reformée, pas de signes d'inflammation ; à la partie supérieure de la plaie adhère un épais filament muqueux, difficile à détacher, justification de ce que j'avais prévu et de mon incision. Le surlendemain, même état, la chambre antérieure n'est pas encore reformée, aussi je ne donne pas d'atropine, afin d'éviter la hernie de l'iris. On constate encore des stries très épaisses sur la cornée, donnant l'aspect de nombreuses taches.

Le 3e jour, même image encore. La patiente renifle bruyamment par le nez ; se plaint de rhume de cerveau.

Le 4e jour, la malade est méconnaissable. Les deux joues, le nez, la bouche, les paupières inférieures, sont très rouges et gonflés. La température, 37°9 la veille au soir, est montée à 38°7. Le nez est très sensible à la pression au niveau du cartilage. Il s'agit évidemment là du point de départ d'un érysipèle ; il n'est pas question de furoncle.

L'œil opéré est comme toujours quelque peu caché. La cornée, en revanche, a repris un peu de transparence, la chambre antérieure est plus profonde, sinon reformée. Atropine. Tampon dans le nez ; sur la face, compresses d'argile à l'acide acétique. La patiente est isolée (un cas d'érysipèle s'est déclaré, chez les autres malades, avant et après celui-ci).

Le lendemain matin, l'érysipèle s'est étendu à la paupière supérieure, et surtout du côté de l'œil opéré, il a même envahi la région de l'oreille et du cou. L'œil va mieux.

La chambre antérieure a repris sa profondeur, les plis de la cornée sont encore très apparents, mais la pupille n'est que moyennement dilatée ; cependant il n'y a aucun signe d'iritis. La patiente dit spontanément qu'elle me voit bien.

Le jour suivant, la fièvre ayant beaucoup augmenté, 39°4 : on donne de l'aspirine en deux prises : une fois 2 gr. ; 3 heures après encore un gramme. Sueurs profuses. L'état général est meilleur ; la température retombe à 36°7. Malgré cela, il est impossible de faire absorber quoi que ce soit à la malade. La température remonte de nouveau 3 jours après, tandis que l'érysipèle avait encore fait quelques progrès (mais abandonné l'oreille) ; la malade s'affaiblissant de plus en plus faute d'alimentation, tombe brusquement au matin dans le collapsus, et meurt bientôt après. L'œil était parfaitement guéri, mais la pupille ne s'était pas agrandie.

En ce qui concerne ce dernier point, je dois ajouter qu'il n'y avait aucun signe d'iritis ; l'humeur aqueuse était transparente, l'iris n'était pas décoloré, pas d'injection ciliaire. D'après l'expérience de Wagner, je m'attendais à voir un iritis. Des adhérences entre la cristalloïde et l'iris rigide, empêchaient la dilatation de la pupille.

Il est intéressant de constater aussi que la plaie ne fut entravée dans sa guérison, ni par la sécrétion purulente épaisse et visqueuse qui adhérait à ses lèvres, ni par l'érysipèle ; et cependant elle n'était pas régulière, par suite de l'agrandissement qui avait été fait. Il n'a pas été possible de faire un examen de l'œil après la mort. Ayant d'autres malades à opérer à la même époque, je n'ai pu me livrer à l'examen de la sécrétion de la conjonctive. Avant l'opération, on a trouvé des staphylocoques et quelques streptocoques dans cette sécrétion.

Malgré un examen bactériologique incomplet, ce cas me semble très intéressant, par la marche excellente de la guérison dans des conditions défavorables, telles que mauvais état général, conjonctivite purulente, érysipèle.

(Dr Abt. de Nancy).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 mars.

Le Dr A. Darier présente au nom du Dr Sculco (de Florence) **une aiguille pince** destinée à *extraire les cataractes secondaires* d'un seul coup et avec un seul instrument. Au moyen d'un ressort, l'aiguille, dont le diamètre le plus grand est de 2 millimètres environ, se

transforme en une pince, qui transperce et saisit la membrane pupillaire ; on l'amène au dehors par la plaie cornéenne d'entrée.

F. Terrien. — **Perforation traumatique des deux globes oculaires par balle de revolver et perte complète de l'olfaction.**

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 26 ans qui, 15 mois auparavant, se tira à la tempe droite une balle de revolver de gros calibre (8 millimètres). Il en résulta une perte brusque et absolue de la vision des deux côtés avec hémorrhagie nasale abondante et en même temps les deux globes évoluèrent vers l'atrophie qui aujourd'hui est très marquée. Les mouvements des yeux, quoique diminués, existent encore cependant. En outre, fait particulièrement intéressant, la blessure entraîna une perte complète de l'olfaction. Il en résulta une perte complète des sensations olfactives et seules, les saveurs amères, sucrées, salées et acides sont conservées ; encore, ces deux dernières sont-elles très diminuées en particulier la saveur acide, qui est à peine perçue.

Bien que les examens radiographiques et rhinoscopiques soient demeurés négatifs, cette perte complète de l'olfaction doit être attribuée à une attrition de la lame criblée de l'ethmoïde par le projectile dans son trajet d'une orbite à l'autre.

L'anosmie permet d'étudier chez ce malade les sensations purement gustatives. Elles se réduisent, on le sait, à quatre : le doux, l'amer, le salé et l'acide étaient conservées chez le blessé, les deux dernières cependant très diminuées. C'est donc à tort que certains auteurs ont voulu retirer au goût ces deux dernières saveurs. Toutefois, la suppression de l'odorat retentit sur elle et les diminue dans une notable mesure, comme le montre cette observation.

Ces faits sont très nombreux ; l'auteur n'a pu retrouver que quatre observations analogues à la sienne, une première de Mandelstamm, une deuxième d'Haberkamp et deux autres de Laqueur et Grœnouw.

M. Péchin. — Le malade de M. Terrien me rappelle un jeune homme que j'ai soigné il y a 3 ans, qui, dans l'intention de se suicider, s'était tiré une balle de revolver de 7 millimètres 1/2 dans la tempe gauche. L'entrée de la balle était à 3 centimètres du bord orbitaire et à 2 centimètres au-dessus d'une ligne horizontale allant de ce bord (angle externe) de l'orbite à la partie antérieure de l'hélix du pavillon de l'oreille gauche. Ce traumatisme eut pour résultat, à gauche, la parésie du droit supérieur, l'atrophie optique complète et une large déchirure de la choroïde, et à droite, une atrophie optique partielle qui laissa une vision de 1/7. Ces diverses lésions indiquaient nettement le trajet suivi par la balle et je pensais que celle-ci avait dû s'arrêter dans les cellules ethmoïdales postérieures ou dans le sinus sphénoïdal pour y déterminer une lésion de la paroi du canal optique avec retentissement sur le nerf optique. Une épreuve radiographique me montra que mon diagnostic était exact. Chez ce malade, la première paire et ses ramifications étaient indemnes.

M. Sulzer. — Pour l'étude de la gustation et de l'olfaction et pour faire le départ de ce qui revient à ces deux fonctions dans les états pathologiques, il faut bien distinguer les acides volatils et non volatils. Les premiers ont une action sur l'odorat qui n'existe pas pour les seconds.

M. A. Terson. — La perte de l'olfaction est sans doute exceptionnelle à la suite de la pénétration de balles de revolver dans l'orbite ; mais il est beaucoup moins rare de voir les deux orbites traversés par une balle. J'ai eu à extraire une balle qui, chez une jeune fille ayant tenté de se suicider, avait traversé les deux orbites, détruit les deux yeux et s'était placée sous la peau au côté opposé à l'entrée.

M. Jocqs. — Je relèverai dans l'intéressante observation de M. Terrien que la balle n'a pas dû sectionner les muscles de l'œil puisque celui-ci avait conservé ses mouvements et qu'il n'y avait pas d'exorbitisme après l'accident.

Il n'en a pas été de même dans le cas que j'ai publié ici-même (séance du 12 octobre 1897). Il s'agissait aussi d'une balle de revolver tirée à la tempe, ayant pénétré dans l'orbite et sectionné le nerf optique. A la suite de l'accident, l'œil fut fortement propulsé en avant et resta dans cette position, même trois semaines après, preuve que ce phénomène n'était pas dû à l'épanchement sanguin rétrobulbaire.

Pour rechercher la balle, je fis d'abord un large débridement de la commissure externe ; puis, détachant sur une assez grande étendue les insertions de la capsule de Tenon au rebord orbitaire, je pus facilement explorer toute la loge postérieure de la cavité. Pour refermer la brèche par laquelle j'avais pénétré dans l'orbite, je me contentai de suturer la conjonctive et l'angle externe de la paupière sans m'occuper des insertions de la capsule de Tenon. Au bout de quelques jours après la cicatrisation de la plaie, je vis avec satisfaction et non sans surprise que l'œil, qui était auparavant en exophtalmie très marquée était maintenant revenu à sa place. Je crus pouvoir m'expliquer ce résultat par ce fait que la capsule de Tenon détachée d'une partie de ses insertions s'était laissé repousser en arrière par le globe oculaire. Si l'exophtalmie primitive était due à l'inertie musculaire, le retrait de l'œil en arrière était maintenant dû à l'inertie de la capsule de Tenon. Peut-être, ajoutais-je, la désinsertion de la capsule de Tenon pourrait-elle être tentée avec succès contre l'exophtalmie de la maladie de Basedow si l'on admet que l'excitation du grand sympathique a une action sur la tension de la capsule de Tenon par les fibres lisses de ses ailerons et par les contractions du muscle orbitaire de Müller.

M. Kalt. — **Tumeur infectieuse de la conjonctive, de la sclérotique et du corps ciliaire.** (Présentation du malade.)

Je serais heureux d'avoir l'avis de la Société sur le cas de ce malade où le diagnostic me paraît fort difficile.

Homme de 50 ans, ouvrier agricole, vigoureux. L'œil droit est seul malade. Paupières intactes sur le globe ; tout autour de la cornée, un épaississement du tissu épiscléral et conjonctival en forme d'anneau large d'un centimètre environ, faisant tout le tour de la cornée et s'étendant en arrière jusque vers l'équateur.

La surface est rouge, sombre, parsemée de petites ecchymoses, lisse.

L'éclairage oblique permet de reconnaître vaguement dans la profondeur du tissu des nodules jaunâtres.

Bord cornéen légèrement envahi par une altération superficielle ressemblant à celle du trachome, mais sans ulcération. Le reste de la cornée est transparent.

Pas d'altération de la conjonctive des culs-de-sac. La chambre antérieure est devenue très profonde ; l'iris a été le siège d'iritis avec exsudats plastiques. Pas de formation nodulaire.

Cristallin intact. Corps vitré inéclairable. Tension un peu abaissée. V = compte les doigts.

L'affection a débuté en juillet 1901 par de l'irritation oculaire, de la photophobie, sans sécrétion conjonctivale. Etat stationnaire jusqu'en décembre 1901, où la vision s'affaiblit beaucoup. Comme étiologie, il n'y a ni traumatisme, ni projection de matières étrangères dans l'œil.

Il s'agit donc d'une infiltration inflammatoire à marche chronique portant sur la conjonctive, l'épisclère, le corps ciliaire et l'iris.

Quelle en est l'origine ? J'ai pensé d'abord à la conjonctivite déterminée par les poils de chenille (*ophtalmia nodosa*). Mais il manque la diffusion des lésions dans les culs-de-sac ainsi que les formations pseudo-granuleuses. On ne trouve pas de poils et le malade ne s'est pas exposé à un traumatisme de ce genre.

S'agirait-il de tuberculose ? L'excision d'un fragment de tissu épiscléral a montré que ce tissu était envahi, ainsi que la conjonctive par des éléments jeunes et contenait de *nombreuses cellules géantes*.

En l'absence d'examen bactériologique, je ne saurais en dire davantage. Pourtant l'absence de ramollissement, de fonte tuberculeuse depuis huit mois, l'absence de tubercules iriens et même d'altérations ganglionnaires, rendent cette hypothèse peu plausible.

Je ne connais rien de semblable dans la syphilis. L'état général du malade paraît bon ; cependant, il présente depuis quelques jours de l'œdème des jambes. Le cœur paraît sain ; rien dans les urines.

M. A. Terson. — J'ai soigné pendant près d'un an un sujet atteint d'une *scléro-conjonctivite hyperplasique diffuse* avec production d'un tissu exubérant arrivant presque au milieu de la cornée et d'aspect identique à celui du malade de M. Kalt. L'iridocyclite concomitante fut tellement grave que j'ai été amené à l'énucléer. Je compte faire l'examen histologique.

M. Morax. — J'espère que M. Kalt nous donnera ultérieurement des renseignements plus précis sur l'affection intéressante dont est atteint son malade. Ceux que nous fournit l'examen histologique, c'est-à-dire la constatation d'un tissu formé de cellules épithélioïdes et de cellules géantes ne sont pas suffisants pour que nous puissions conclure avec certitude à la nature tuberculeuse ou syphilitique des lésions. L'inoculation expérimentale au cobaye d'un fragment de tissu, ou l'injection diagnostique de tuberculine au malade permettra de décider si, comme cela est probable, s'agit d'un processus tuberculeux.

M. Jocqs. — Ce qui m'a frappé surtout dans l'examen de cet œil, c'est que la pression sur la région ciliaire dénote qu'il est douloureux et plus mou que normalement. Il n'est donc pas douteux qu'il y a de l'irido-cyclite et même une uvéite généralisée ainsi que le démontre encore le trouble profond du corps vitré. En conséquence, je crois que les signes externes ont dans ce cas une moindre valeur, car je ne les considère que comme des phénomènes congestifs œdémateux secondaires. Je ne crois donc pas que la clé du diagnostic puisse résider dans l'examen microscopique d'une parcelle de la conjonctive ou dans des inoculations expérimentales.

M. Morax. — L'inoculation au cobaye ne nous permettra pas de décider s'il s'agit d'une infection d'origine extérieure ou d'origine endogène, mais nous savons par l'examen histologique que les lésions inflammatoires existent dans le tissu conjonctival et ce qu'il nous importe avant tout de connaître, c'est la nature de ces lésions.

Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale. Importance séméiologique des troubles oculaires.

M. Péchin rapporte au nom de M. Brissaud et au sien l'observation d'un malalade âgé de 42 ans, syphilitique depuis 21 ans. Pendant ce long intervalle de temps, il n'avait eu aucun accident sérieux, lorsque tout à coup apparurent des symptômes graves qui constituèrent bientôt le syndrome de la paralysie générale. Toutefois ce n'était pas un syndrome pur ; il y avait trop de symptômes cérébraux insolites qui permettaient d'établir le diagnostic de périencéphalite diffuse, mais en l'obscurcissant un peu, alors que les troubles oculaires ont permis de préciser une localisation à la base de l'encéphale et d'abandonner l'écorce du cerveau comme siège des lésions, tout en admettant qu'exceptionnellement des lésions de la base peuvent accompagner les lésions fondamentales et primitives de l'écorce, de la convexité, dans la paralysie générale. La céphalée, sept attaques d'épilepsie Bravais-Jacksonienne brachiale, oculaire (scotome scintillant), auditive (hallucinations de l'ouïe), l'écriture dite en miroir, l'aphasie motrice, la dysarthrie paralytique, la parésie du membre supérieur droit, la parésie faciale droite, la déviation de la luette à gauche, l'inégalité pupillaire, la paralysie de la III[e] et de la VI[e] paire, le clignement unilatéral (blépharospasme), constituèrent les principaux symptômes qui évoluèrent en quelques mois pour disparaître progressivement, et deux ans après le début des accidents le malade pouvait être considéré comme guéri. Il s'agissait de lésions basales, bulbo-protubérantielles et notamment d'artérite syphilitique de l'hexagone de Willis.

M. Kœnig reconnaît l'intérêt du travail de M. Péchin, qui est un exposé des diverses phases de la paralysie générale, ainsi que des symptômes similaires des lésions de l'écorce et de la base parmi lesquels les troubles oculaires prennent une place importante. Mais il croit que l'évolution des symptômes généraux et des accidents survenus chez ce malade était suffisante à un moment donné pour faire cesser toute hésitation et que la discussion du diagnostic différentiel a été poussée trop loin en ce qui concerne les manifestations offertes par l'appareil de la vision.

Interventions chirurgicales dans les cas de stase papillaire.

M. Chevallereau lit un rapport sur un mémoire envoyé à l'appui de sa candidature par M. Druault. Trois procédés opératoires ont été proposés pour dégager le nerf optique, combattre les céphalées habituelles en pareils cas et diminuer la tension intra-crânienne. Le premier en date de ces procédés est l'incision des gaînes du nerf optique. Ce procédé n'a pas donné de résultats appréciables, et d'autre part il est dangereux parce qu'il peut occasionner une blessure du nerf et même, en dehors de toute blessure, une dégénérescence des fibres

nerveuses au niveau du point dénudé. Le second procédé est la ponction rachidienne ; celle-ci a donné des résultats, seulement temporaires il est vrai, mais elle est facile à renouveler ; d'autre part, elle donne un élément précieux de diagnostic par l'examen du liquide écoulé ; cette ponction a toutefois amené la mort par décompression trop brusque dans des cas de tumeur du cervelet. Le troisième procédé, la trépanation du crâne donne les résultats les plus complets, même lorsqu'elle ne peut servir de méthode curative pour l'ablation d'une tumeur, mais il faut se borner à la simple trépanation sans incision de la dure-mère et il faut surtout éviter de faire la ponction ventriculaire à cause des dangers de ce mode d'intervention.

M. Péchin. — Des nombreuses trépanations que j'ai fait pratiquer dans les cas de stases papillaires je conclus que l'effet principal et souvent le seul obtenu est la cessation de la céphalée qui parfois tourmente beaucoup les malades. Il y a toujours indication à pratiquer cette opération le plus tôt possible ; avec une intervention hâtive on peut espérer que les phénomènes de stase n'aboutiront pas à l'atrophie optique, si toutefois la nature de la lésion intra-cérébrale le permet. Dans quelques cas rares j'ai vu la vision revenir, notamment chez un jeune homme que j'ai observé en ville avec mon collègue Rochon-Duvigneaud et qui a été trépané par M. Walther avec plein succès.

M. Kœnig. — Depuis quelque temps déjà, j'étudie cette question mais je n'ai pas eu recours aux procédés chirurgicaux dont nous entretient M. Druault, et dont les résultats, en somme, sont peu encourageants. Je ne dirai que quelques mots de mon étude. Chez une dame aveugle de l'œil gauche, par suite d'une névrite optique périphérique (il n'y avait qu'une perception lumineuse), j'ai eu l'idée de pratiquer à deux reprises des sclérotomies antérieures au niveau du canal de Schlemm au niveau de la région du grand cercle vasculaire de l'iris. L'émission sanguine obtenue fut importante et quelques jours après, la malade pouvait lire l'en-tête du *Figaro*. La légère infiltration qui englobait le nerf optique avait en partie disparu, et l'hyperhémie était moins accusée. Je fis, trois mois plus tard, la même intervention et dès ce jour la malade put lire avec cet œil des caractères ordinaires. Elle se considérait comme guérie lorsqu'un an plus tard, les mêmes accidents se produisirent à l'œil droit, la cécité fut complète. Cette dame ne voulant pas se déplacer resta longtemps sans soins, puis je lui conseillai de s'adresser au Dr Teillais, qui pratiqua la même opération ; il n'y avait même pas de perception lumineuse. Notre confrère m'écrivit que le résultat avait dépassé ses espérances ; elle put compter les doigts à près de trois mètres. Il y eut récidive ; je fis alors deux sclérotomies, mais tandis que la vision de l'œil gauche s'était maintenue bonne, celle de l'œil droit baissa. Cette différence provient assurément du retard apporté par la malade à se soumettre à l'intervention. Ce fait clinique est surprenant sans doute, mais il faut toujours s'incliner devant les enseignements de la clinique. Quant à l'interprétation, à la genèse de ces résultats, elles peuvent aisément tirer leurs succès de la disposition des vaisseaux du globe de l'œil et de l'anastomose de la circulation du segment antérieur et du segment postérieur de l'œil, des voies de filtration antérieures, de l'évacuation de l'humeur aqueuse qui active et renouvelle les sécrétions, etc. En terminant, je dirai que je n'ai ici en vue que les névrites optiques périphériques, les névrites rhumatismales dont les caractères spéciaux ont été décrits par Parinaud. Ma malade est une arthritique rhumatisante avérée. Elle a eu des accès de goutte ; il y a eu une année d'intervalle entre l'évolution des deux névrites. Il ne saurait être question ici des névro-rétinites par tumeurs cérébrales.

M. Jocqs. — Les faits relatés par M. Kœnig, comme tous les faits cliniques, indépendamment de leur interprétation, sont très intéressants. Il n'est, en effet, pas indifférent de savoir que la sclérotomie antérieure peut avoir une influence favorable sur la névrite optique. Mais j'avoue que l'explication de cette action par la saignée locale ne me satisfait pas. Je préférerais y voir le résultat de l'abaissement de la tension intraoculaire, celle-ci fût-elle normale. Il est, en effet, possible que cette détente de l'œil, diminuant déjà la compression d'avant en arrière sur la papille, puisse aussi faire diminuer la compression du nerf au niveau de l'anneau sclérotical.

M. Galezowski a déjà publié des faits du

même ordre que ceux de M. Kœnig. Il cite des cas où des sclérotomies répétées ont amené une notable amélioration dans des cas de névrite.

M. Galezowski préfère cette opération oculaire aux diverses interventions chirurgicales qui n'ont pas donné des résultats très encourageants.

Sur la vision des signaux colorés et les épreuves de la dyschromatopsie

M. Sulzer lit un rapport sur un mémoire envoyé à l'appui de sa candidature par M. A. Broca, professeur agrégé de physique à la Faculté.

M. A. Broca étudie :

1° Les conditions dans lesquelles fonctionnent les sources lumineuses destinées à fournir les signaux colorés. Ces sources lumineuses sont des concentrateurs qui donnent une surface lumineuse dont le diamètre est généralement de 30 centimètres.

2° Les conditions dans lesquelles se forment les images rétiniennes de ces divers signaux suivant la couleur et suivant la distance.

Les intervalles photochromatiques pour les différentes couleurs sont très différents : le maximum pour le bleu, le minimum pour le rouge dans le rapport de 600 environ à 4, les autres couleurs étant comprises dans ce vaste intervalle.

Pour les navires à grande vitesse, ces signaux doivent être vus à une distance de 6 kilomètres. L'image rétinienne formée est alors extrêmement petite.

Pour examiner la vue des gens qui doivent voir ces signaux, il ne faut pas se servir d'objets relativement larges, puisque les troubles dans la vision des couleurs sont parfois localisés à de très petites étendues de la rétine. Au contraire, on se trouverait dans les mêmes conditions en faisant reconnaître à 4 mètres des verres colorés passés devant un orifice lumineux de 2 dixièmes de millimètres de diamètre.

Les oreillons oculaires

Rapport de M. Caudron sur un travail de M. Sendral envoyé à l'appui de sa candidature (voir l'an. de ce travail dans ce journal, p. 285, 1901).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

Séance du 4 décembre 1901.

Salomonsohn. — Salomonsohn présente une jeune dame de 26 ans, atteinte d'un **ptosis amyotrophique**, affection rare, dont elle souffre depuis sa quinzième année. Les symptômes de cette maladie déjà connus de Gowers, et signalés en 1890, d'abord par Goldzieher dans deux cas, par Fuchs dans cinq et par Silex dans deux cas (Ptosis isolé de Fuchs, paralysie progressive du releveur de Silex) sont les suivants :

1° Développement extraordinairement lent de la maladie ; il se passe plusieurs années avant que la paupière ne soit complètement tombée. L'auteur a pu s'assurer par des photographies anciennes que les deux fentes palpébrales de sa malade étaient antérieurement normales et de grandeur égale ; aujourd'hui encore, le ptosis est incomplet. La paupière obéit assez pour se soulever et rendre visible la limite inférieure de la pupille, l'élévation se fait par l'intermédiaire du releveur, et non par le frontal.

2° Amincissement de toute la paupière et disparition du tissu sous-cutané de l'orbite, de sorte que la paupière est attirée en haut vers l'orbite ; l'amincissement peut aller tellement loin, que l'on peut reconnaître la pupille à travers la paupière.

3° Cette affection est toujours isolée ; dans le cas présent, il n'y a aucun signe de tabès, de paralysie progressive, ou de toute autre atrophie. En revanche, la paralysie de cette dame se distingue de celles décrites, en ce qu'elle est unilatérale. Il est à remarquer en outre qu'elle a débuté à l'âge de la puberté ; dans la littérature, un seul cas a été observé chez un jeune homme, tous les autres concernent des personnes âgées. On ne peut encore donner d'explication sur la nature de l'affection.

Dans les 2 cas de Fuchs, il y avait déjà un commencement à la naissance, aussi y a-t-il peut-être un lien entre l'affection et son origine congénitale. Il n'a pas encore été fait d'examen anatomique. Fuchs et Silex ont enlevé quelques fragments du releveur : Fuchs a trouvé une atrophie du muscle, avec augmentation du nombre des noyaux, formation de pigment, dégénérescence fibrillaire, etc., mais il n'a pas constaté de dégénérescence grais-

seuse, tandis que Silex a trouvé cette dégénérescence graisseuse avec une hypertrophie des fibres musculaires. Salomonsohn n'admet pas l'opinion de Silex, qui fait de cette affection une atrophie musculaire progressive, car dans le type de Déjérine, le type Schelter-Antlitz, etc., les muscles restent toujours indemnes. Hitzig a montré que l'on trouve dans les muscles atrophiés des enfants atteints de paralysie spinale des fibres hypertrophiées, qu'il y avait donc la pseudo-hypertrophie. Goldzicher a recommandé le relèvement mécanique de la paupière, en raison de la longueur de l'affection et de sa conséquence au point de vue esthétique. Salomonsohn s'est jusqu'ici abstenu d'opération, et a employé les lunettes qu'il a préconisées l'an dernier. L'auteur n'accepte pas l'explication de Fuchs, car le ptosis peut se produire même dans d'autres affections, telles que tabes, paralysie progressive, trachome, traumatisme, etc. Salomonsohn trouve que l'interprétation de Silex n'est pas exacte, parce que l'affection ne passe pas d'un tissu à un autre, et se conforme à l'opinion de Goldzieher.

SOCIÉTÉ MEXICAINE D'OPHTALMOLOGIE

Mexico, 28 *novembre* 1901.

E. F. Montano. **Sur la périkérato-conjonctivite exubérante.**

L'auteur admet que la périkérato-conjonctivite (catarrhe printanier des auteurs européens, d'après Carmona et Valle) n'est autre chose que le trachome modifié par les conditions de climat et d'altitude et par les particularités de race. La modification consiste dans l'atténuation du virus et sa non-contagiosité.

L'atténuation est prouvée par ce fait que presque jamais on ne voit cette conjonctivite, chez les vieillards ; qu'elle est curable et parfois spontanément. De plus, elle n'amène jamais la perte de la vue comme le trachome pur.

La non-contagiosité est commune aux deux affections à Mexico, bien que le trachome soit contagieux. Mais cela s'explique par l'idée de Chibret que, à 150 mètres d'altitude, le trachome perd son pouvoir de transmission.

Les traitements recommandés contre le trachome sont ceux qui donnent les meilleurs résultats dans cette conjonctivite.

Les examens microscopiques montrent que les productions de la périkérato-conjonctivite ont la constitution des granulomes infectieux. Le germe atténué se localise de préférence dans les points où la conjonctive est plus exposée et plus lâche. C'est pour cela que les granulations de la périkérato-conjonctivite ne se développent pas dans les culs-de-sac, mais seulement sur les paupières après s'être localisées sur le bulbe.

Cette maladie est rare là où le trachome est fréquent et vice versa, ce qui serait en faveur des idées de l'auteur, car la fréquence du trachome indiquerait que le virus n'est ni atténué ni modifié.

Le germe de cette affection est évidemment dans les poussières atmosphériques qui, pénétrant entre les paupières, infectent le bulbe oculaire dans les parties à découvert et se propagent ensuite à tout le pourtour de la cornée.

Sa marche est chronique. Il y a une tendance à la guérison spontanée, mais le traitement l'améliore rapidement. L'auteur a employé avec de très bons résultats le traitement suivant : 1° deux lavages par jour avec une solution de cyanure de mercure à 1 pour 4000 ; 2° après chaque lavage, instillation de quelques gouttes du collyre de Carmona y Valle.

Huile de morue blanche . . .	10 gr.
Huile de cade	2 gr.
Calomel à la vapeur	1,50 c.
Précipité rouge	0,10 c.

3° Tous les trois jours, un attouchement avec l'iode métallique dissous dans la vaseline liquide (1 pour 100).

MM. Ramos et Uribe Troncoso n'admettent pas l'identification avec le trachome.

M. Daniel Velez. —**Note au sujet de l'adrénaline et de la surrénaline.**

L'auteur étudie l'action de l'extrait aqueux de capsules surrénales (préparation française) et de l'adrénaline, c'est-à-dire du principe actif des dites capsules (préparation américaine). Il a observé que cette dernière substance, sous forme de chlorhydrate, est une préparation qui s'altère très peu avec le temps, qu'elle ne perd pas de son action et qu'elle est d'un emploi plus facile que l'extrait aqueux. L'auteur dé-

crit son action, qui est la même que celle de l'extrait aqueux.

M. Uribe Troncoso appuie les observations de M. Daniel Velez. Il s'est servi de solutions vieilles de deux mois qui n'ont perdu aucune de leurs propriétés.

M. Vertiz demande si la chlorétone associée à l'adrénaline ne contribuerait pas à donner à la solution de Parke et Davis ses propriétés analgésiques.

M. Velez répond que la chlorétone a des propriétés antiseptiques et légèrement anesthésiques, mais non anémiantes comme la surrénaline et l'adrénaline. D'ailleurs, il a obtenu les mêmes résultats avec une solution dénuée de chlorétone.

La Société décide que dans la prochaine séance sera discuté le travail de M. Uribe Troncoso sur le glaucome.

REVUE CLINIQUE

Prof. Wedding-Crow-Lichterfeld. — **Sur la valeur des différents éclairages artificiels.** (*Vierteljahreschrift für offentl, Gesundheitspflege*, 1901, Bd. 43, Heft. 4, p. 602.)

La nature nous fournit deux espèces d'éclairage : la *lumière froide* ou verte qui est émise par le cloporte et le ver luisant, et la *lumière chaude* du soleil. La production de la lumière verte est de beaucoup la plus économique et a été réalisée avec l'éclairage de Moore et la lumière de Tesla, au moyen de tubes à vide très élevé, et d'un courant électrique à haute tension. Ces deux éclairages ne sont pas employés dans la pratique. L'auteur étudie ensuite les différents modes d'éclairage employés jusqu'à nos jours, après avoir recherché les qualités que doit présenter une source de lumière pour être acceptée dans la pratique.

I. Clarté. — Les avis sont très partagés. L'œil du citadin ne se contente pas des quelques bougies qui suffisent au campagnard, mais exige 20-30, même 100 bougies. La lumière incandescente du gaz fournit de 40 à 50 bougies, celle de l'électricité 16 bougies seulement, aussi est-elle souvent insuffisante pour éclairer le lieu du travail. Il est inutile de s'approcher à plus d'un demi mètre de la source de lumineuse, surtout avec l'emploi de réflecteurs qui concentrent la lumière le plus possible sur une petite surface, inconvénient qui ne se produit pas dans la nature.

II. Emploi. — La lumière électrique présente le plus d'agréments. Les appareils qui servent à allumer le gaz, par le gaz, de loin, ou les appareils automatiques, ne valent rien. Les lampes à pétrole, à alcool ou à benzine ont le plus d'inconvénients, surtout à cause de l'odeur qui accompagne l'allumage et l'extinction.

III. Couleur. — Eclat. — L'acétylène produit l'éclat le plus agréable et le plus brillant, puis viennent l'essence et l'osmium, car ces sources de lumière ont une blancheur qui se rapproche le plus de celle du jour. La lumière doit avoir un éclat modéré, — il s'agit du degré de lumière qui est émis par l'ensemble des surfaces éclairantes. Une concentration trop forte d'une faible lumière éblouit. Pour adoucir l'éclat, on emploie des globes absorbants qui, s'ils ne sont pas économiques, produisent la diffusion sur une surface. Les manchons produisent la lumière la moins éclatante. L'éclairage faible peut encore être augmenté par ce qu'on appelle l'éclairage indirect (réflecteurs, etc.), mais c'est coûteux.

IV. Combustion. — Les sources lumineuses qui brûlent à l'air fournissent plus de produits de combustion que celles qui fonctionnent sans air. Toutes les lampes à gaz brûlent à l'air et absorbent de l'oxygène en grande quantité, il en est de même pour les lampes à arc. Mais la production d'acide carbonique est moins dangereuse avec l'emploi de ces dernières, parce qu'elles sont en général réservées à l'éclairage de surfaces grandes et bien aérées. La lampe électrique à incandescence ne donne en général pas de produits de combustion, elle échauffe seulement l'air. Il en est de même, à peu de chose près, pour les lampes à essence, qui absorbent de l'oxygène, mais dont les produits de déchet son peu nuisibles à la respiration.

V. Dégagement de chaleur. — Le brûleur de Bray dégage le plus de chaleur, le brûleur rond ou d'Argan en dégage moitié moins. Un gros progrès est réalisé par la lumière incandescante au gaz, surtout par la lampe de Lucas

dont la matière incandescente ne dure que 6 jours environ. La lumière incandescente à alcool produit encore moins de chaleur, mais est peu transportable et ne peut donc pour cela remplacer entièrement la lampe à pétrole.

Elle nous délivre cependant de la lampe à pétrole, dont l'usage est avantageux à la campagne.

La lampe à pétrole, malgré qu'elle soit peu répandue, est la source la plus avantageuse et la plus transportable pour les gens de condition modeste. Mais elle dégage de la chaleur et vicie l'air dans des proportions trop fortes pour sa taille. La lampe à incandescence à pétrole n'est pas encore assez pratique. La lumière à l'acétylène s'impose aux petites agglomérations aux fermes isolées, etc., et tend à remplacer le pétrole. S'il devait en être ainsi, il y aurait une production annuelle de 815.000 tonnes de calcium. L'emploi de l'acétylène est encore à l'épreuve.

Un concurrent de l'acétylène est l'acrogène ou gaz d'air, mélange de vapeur de benzine et d'air, qui brûle avec flamme éclairante et peut servir à l'éclairage et comme moteur. Les lampes à incandescence munies de manchons de charbon produisent très peu de chaleur, les fibres d'osmium sont plus favorables mais ne sont pas entrées encore dans la pratique.

La lumière de Nernst tient le milieu entre la lampe à incandescence et la lampe à arc. La lampe à incandescence dépense 3 watts ; celle de Nernst et celle à osmium 1/4 w. seulement. La lampe à arc ne dépense que 0,43 w. et 0,1 w. seulement par l'addition de fluorure de calcium au charbon.

VI. Chèreté. Usage pratique. — La lumière du gaz est la plus coûteuse, puis viennent l'alcool, le pétrole, la lumière de Nernst, le brûleur d'Argan, la lampe à incandescence électrique, l'acétylène, le brûleur de Bray, la lumière de Lucas et la lampe à arc. Mais ces rapports sont relatifs, c'est ainsi que les avantages du gaz disparaissent faute d'installation centrale ; d'autres facteurs interviennent encore.

La lampe à incandescence électrique, malgré son prix encore élevé, se répand de plus en plus. L'éclairage des personnes de condition modeste n'est pas encore trouvé. La lampe à pétrole ne semble pas devoir être remplacée de sitôt. (Dr Abt. trad.)

BIBLIOGRAPHIE

Dr Kuropatwinski. — **Contribution au traitement de la Dacryocystite.** (Polonais). *Potemp Okulistyczny* (1901, n° 5).

L'auteur distingue 1° *L'atonie du sac lacrymal*, quand les parois du sac lacrymal ont perdu leur élasticité, à la suite d'une inflammation chronique de la muqueuse ; 2° la *stricture ou oblitération du canal naso-lacrymal*, qui suppose des rétrécissements cicatriciels et est le point de départ de l'inflammation de la muqueuse du sac. Ces deux états peuvent, dans un stade ultérieur de la maladie, produire l'entière disparition des couches élastiques et même de la muqueuse du sac lacrymal. C'est alors que se produit l'*Hydropisie du sac lacrymal*. Dans ce dernier cas, l'extirpation du sac lacrymal est le seul remède plausible, car le rétablissement de la perméabilité du canal lacrymal n'est plus possible après cette affection. Quand il s'agit d'un rétrécissement du canal nasal, nous pouvons, suivant la patience ou les sentiments du malade, entreprendre la dilatation lente avec la sonde et employer les massages, ou faire de suite l'estipation du sac. Enfin, s'il persiste une atomie simple du sac l'auteur se contente d'exprimer le contenu du sac, selon sa voie habituelle, le long du canal nasal, en ayant soin de boucher très attentivement les points crymaux. Cette compression, jointe avec un massage bien fait, doit être renouvelée aussi souvent que possible.

Quelques considérations sur un cas d'achromatopsie totale. (*Archiv. f. Augenh.*, 44, II).

On constate cette achromatopsie chez un homme myope de 7 D. qui venait pour se faire prescrire des verres ; il présentait en outre du strabisme, du nystagmus, une chorio-rétinite maculaire, et une amblyopie congénitale double. Scotome central bilatéral de 2 degrés. Le cas parle en faveur de la théorie de Krüs, qui explique l'achromatopsie totale, par l'absence des cônes, c'est-à-dire par l'absence de la Fovea. Puis l'auteur expose quelques considérations sur les images consécutives après une courte excitation par la lumière colorée, il insiste en particulier sur les images de Parkinje, qui, contrairement à l'opinion de Hess, ne s'expliquent pas aussi facilement par la théo-

rie de Kernig que par la théorie de Krûs. Pour plus de détails, consulter le texte.

Neuf cas de corps étrangers. Extraction au moyen de l'électro-aimant de Haab, par W. T. Holmes Spicer et A. F. Maccalan. (*British medical Journal*, 18 janv. 1902, page 131.)

Les auteurs relatent longuement neuf cas de corps étrangers de l'œil, extraits au moyen de de l'électro-aimant de Haab. Voici le résultat :

Deux cas V = 6/9 avec des verres correcteurs ; un avec V = 6/12, quoiqu'il existât de l'iritis avec hypopion quand le malade se présenta ; deux autres, V = 6/60 mais pourra être améliorée par la discision de la capsule opaque ; enfin trois fois les yeux étaient dans un tel état au moment de l'opération, que rien ne put les sauver.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Toutes les fois que le corps étranger est resté dans l'œil, l'approche de l'aimant cause une vive douleur au malade.

2° La localisation du corps étranger par les rayons X est très importante. Si l'application des rayons X est impossible, il faut extraire immédiatement le corps étranger au moyen de l'aimant : 1) quand l'œil est le siège d'un grande inflammation ; 2) quand il existe une cataracte traumatique récente.

3° Si la plaie est récente, il faut s'en servir pour extraire le corps ; si elle est cicatrisée, il faut inciser l'œil pour l'extraction.

4° Il faut, à tout prix, éviter que le corps étranger ne s'engage dans le corps ciliaire.

Du rapport du glaucome avec la thrombose des veines rétiniennes, par E. Harries Jones. (*British medical Journal*, 18 janv. 02, page 138.)

Le rapport du glaucome avec les affections des vaisseaux rétiniens a donné lieu à bien des controverses. Plusieurs auteurs, Wehrlé, en particulier, ont montré que le glaucome peut survenir à la suite de la rétinite albuminurique.

Michel, qui un des premiers donna une bonne description de l'aspect du fond de l'œil dans la thrombose de la veine centrale de la rétine dit « que la tension intra-oculaire n'augmente jamais dans le cours de cette affection ? Cette assertion est erronée ; le glaucome peut se montrer à la suite de la thrombose unilatérale de la veine centrale de la rétine, associée à l'artério-sclérose, mais sans rétinite albuminurique. Cependant on sait que le glaucome est une complication, rare il est vrai, de l'apoplexie rétinienne dite albuminurique.

L'auteur relate quatre observations de thrombose de la veine centrale de la rétine suivie de glaucome aigu dans trois cas, et chronique dans un. Dans les cas aigus l'hypertension se montre deux fois six semaines, et une fois neuf mois après la thrombose. Une fois, l'autre œil fut aussi pris de glaucome.

Le pronostic, dans ces cas est des plus graves, l'iridectomie ne donnant presque pas de résultat.

Stoewer. — **Un cas de paralysie intermittente de l'oculomoteur.** (*Zeitschrift. f. Augenheilk.*, *VI*, 4.)

Stœwer pense que la paralysie, qui présentait des variations, et avait atteint d'abord le releveur de la paupière supérieure, puis le muscle droit inférieur, et enfin le muscle droit supérieur, était produite par un anévrysme, un angiome ou toute autre tumeur vasculaire comprimant le noyau de l'oculomoteur.

(Dr Abt, trad).

GÉLULES
CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES
se faisant en sept grandeurs
SUPPRESSION DES CACHETS
Notice et Échantillon sur demande.
Pharmacie BÉRAL
14, Rue de la Paix, 14
PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU CELLULIN HYDROPHILE (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : 245-56